

ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Махина Н. Н., Жукова Л. И., Бахтина Т. Ж.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Инфекции ЦНС у новорожденных детей относятся к одним из наиболее тяжелых и неблагоприятных по своим последствиям заболеваниям. Среди всех инфекций ЦНС особое место занимают менингиты.

Заболеваемость гнойным менингитом, по разным данным, составляет 0,1-0,5 на 1000 новорожденных, смертность колеблется от 6,5 до 37,5%. Тяжелые последствия гнойных менингитов отмечаются у 21-50% заболевших новорожденных.

Сложность диагностики и недостаточная осведомленность практических врачей в вопросах диагностики, лечения и профилактики неонатальных менингитов являются существенными причинами увеличения заболеваемости, смертности и инвалидизации детей.

Целью работы явилась оценка эффективности методов диагностики, комбинированной терапии гнойных менингитов у новорожденных детей.

Методы исследования. Сопоставление особенности анамнеза, клинической картины, результатов лабораторного (общий и биохимический анализ крови, общий анализ и микроскопия ликвора) и инструментального (рентгенография грудной клетки, нейросонография, КТ, электро- и эхокардиография) обследования, микробиологического исследования крови, ликвора, мочи, ИФА и ДНК-исследования у 22 доношенных новорожденных, находившихся на стационарном лечении в инфекционно-боксированном отделении ВДОКБ

Результаты и обсуждение. Новорожденные дети поступали в возрасте от 7 до 28 дней жизни, 14 из них переведены из родильных домов, 8 – поступили из дома. При направлении в стационар лишь у 2-х детей был заподозрен гнойный менингит, у остальных направляющим диагнозом были: ОРИ, неонатальная желтуха, внутриутробная инфекция, инфекция мочевой системы.

Анализ анамнестических данных показал, что в большинстве случаев (85%) беременность у матерей обследуемых детей протекала с осложнениями в виде гестозов второй половины, угрозы прерывания, обострения хронической инфекции. Пять женщин во время беременности перенесли ОРИ. Гинекологическими заболеваниями (эрозия шейки матки, дисфункция яичников, кольпит) страдали 35% женщин. Акушерский анамнез был отягощен у всех женщин, из них у 16 отмечались медицинские аборт, у 6 – самопроизвольные выкидыши. У 65% матерей безводный период составил 7-22 часа.

Указанные осложнения беременности и родов у матерей могли служить одной из предпосылок для развития гнойных менингитов у их детей.

Состояние всех поступивших новорожденных оценивалось как тяжелое. У 19 детей отмечалось повышение температуры тела до 38 – 39,6⁰С. Выраженных катаральных явлений, как правило, не было. У 8 новорожденных в клинической картине наблюдались проявления локальной гнойной инфекции (гнойный конъюнктивит, омфалит, инфекция мочевой системы).

В анализе крови у 21 ребенка выявлены воспалительные изменения в виде повышения количества лейкоцитов ($18 - 33,5 \times 10^9/\text{л}$) со значительным увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ до 35-50 мм/час. Уровень СРП достигал 96 – 250 г/л. Изменения в анализах мочи (лейкоцитурия) обнаружены у 2-х детей при сочетании гнойного менингита с пиелонефритом.

Практически всем поступившим детям диагноз менингита был поставлен в 1-е сутки пребывания в стационаре. Показанием для срочного проведения люмбальной пункции являлись наличие фебрильной температуры (свыше 38⁰С), симптомов инфекционного токсикоза без видимого очага бактериальной инфекции, реже гиперестезия.

В ликворе обнаруживалось повышение содержания лейкоцитов (от 86 до 2000 в 1 мкл) с преобладанием нейтрофильного звена (более 72%), снижение уровня глюкозы (менее 2 ммоль/л). Концентрация белка в ликворе колебалась от 0,8 до 6,0 г/л. Повышенное содержание белка, полученное при первой пункции у 17 больных, свидетельствовало о давности заболевания.

Несмотря на то, что клинические и лабораторные данные указывали на гнойный характер менингита, посев ликвора не выявил возбудителя ни в одном из случаев. Всем детям проводилась нейросонография. У 8 новорожденных выявлены кисты и псевдокисты. Компьютерная томография проводилась по показаниям (у 1 ребенка выявлены субдуральная гематома, абсцесс мозга).

Новорожденные с гнойным менингитом получали комплексное лечение, включавшее антибактериальную, противовирусную, инфузионную терапию, заместительную терапию иммуноглобулинами для внутривенного введения. При необходимости проводилась гормональная, противовирусная, дегидратационная терапия.

Антибактериальная терапия проводилась антибиотиками широкого спектра действия, проникающими через гематоэнцефалический барьер (Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефтазидим). Антибиотики вводились внутривенно в максимально

допустимых для новорожденных дозах в течение 5 дней с последующим снижением дозы.

Комбинированный курс антибактериальной терапии включал в себя цефалоспорины III-го поколения в сочетании с аминогликозидами (Амикасин). При отсутствии явного клинико-лабораторного эффекта не позднее 48 – 72 часов от начала лечения проводилась смена антибактериальной терапии, назначались Меропенем, Максипим, Ванкомицин, Линезолид. Одновременно с началом антибактериальной терапии внутривенно вводился Ацикловир в течение 7 дней.

Гормональная терапия (Дексаметазон) в остром периоде заболевания приводил к более раннему исчезновению симптомов интоксикации, улучшению состояния больных новорожденных. Внутривенное введение иммуноглобулина проводилось 14 больным с обязательным лабораторным контролем (определение уровня иммуноглобулинов G, M, A) до и после введения. Виферон-1 применяли после улучшения клинико-лабораторных показателей. Проводилась инфузионная терапия. Среднее пребывание больных в стационаре составило 22 дня (от 18 до 48 дней). Летальных случаев не было.

Выводы. Оценка анамнестических, клинико-лабораторных, инструментальных данных новорожденных, а также оценка эффективности проводимой комплексной терапии гнойных менингитов у новорожденных свидетельствует, что:

- имеются трудности диагностики гнойного менингита в родильных домах и на дому;
- комплексная интенсивная терапия гнойного менингита у новорожденных, начатая на самых ранних этапах заболевания, дает хорошие результаты;
- дети, перенесшие гнойный менингит в периоде новорожденности, должны наблюдаться педиатром и неврологом.

Литература:

1. Гнойные менингиты у новорожденных. Методические рекомендации - Москва, 2000 - С.4-34
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология - М, 2001.- С.346 -352.
3. Практические рекомендации по лечению бактериальных менингитов.-Минск «Асобины», 2008.-С.3-46.